FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1921 N° 7

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GERMAIN BERTHÉLÉMÉ

RESPONSABILITÉ MÉDICO-LÉGALE DES ÉPILEPTIQUES

PRÉSIDENT: M. LE Dr CHAVIGNY, PROFESSEUR.

STRASBOURG
IMPRIMERIE STRASBOURGEOISE
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1921 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GERMAIN BERTHÉLÉMÉ

RESPONSABILITÉ MÉDICO-LÉGALE DES ÉPILEPTIQUES

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PRÉSIDENT: M. LE Dr CHAVIGNY, PROFESSEUR.

STRASBOURG
IMPRIMERIE STRASBOURGEOISE
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen..... M. WEISS
Assesseur..... M. BOUIN

	PROFESSEURS
Embryologie.....	MM. ANCEL
Anatomie	FORSTER
Histologie	BOUIN
Physiologie	MAYER
Physique biologique.....	WEISS
Chimie physiologique	NICLOUX
Anatomie pathologique	MASSON
Pharmacologie, Médecine expérimentale ...	AMBARD
Hygiène, Bactériologie.....	BORREL
Médecine légale	CHAVIGNY
Clinique médicale	BARD BLUM Léon
Clinique chirurgicale	SENCERT STOLZ
Clinique ophtalmologique	DUVERGER
Clinique dermatologique	PAUTRIER
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF
Clinique neurologique	BARRÉ
Clinique oto-rhino-laringologique.....	N.....
Clinique gynécologique et accouchements .	SCHICKELÉ

CHARGÉS DE COURS

MM. ARON	MM. GUNSTETT	MM. ROHMER
BELLOCQ	HAMM	SCHÆFFER
BLUM PAUL	HANNS	SCHWARTZ
CANUYT	HUGEL	STROHL (agrégé)
GELMA	KELLER	VAUCHER
GÉRY	LICKTEIG	WEILL
	REEB	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

de l'Ecole de médecine et de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

A MES MAITRES

de la Faculté de médecine de Bordeaux et de l'Hôpital Saint-André.

A MES MAITRES

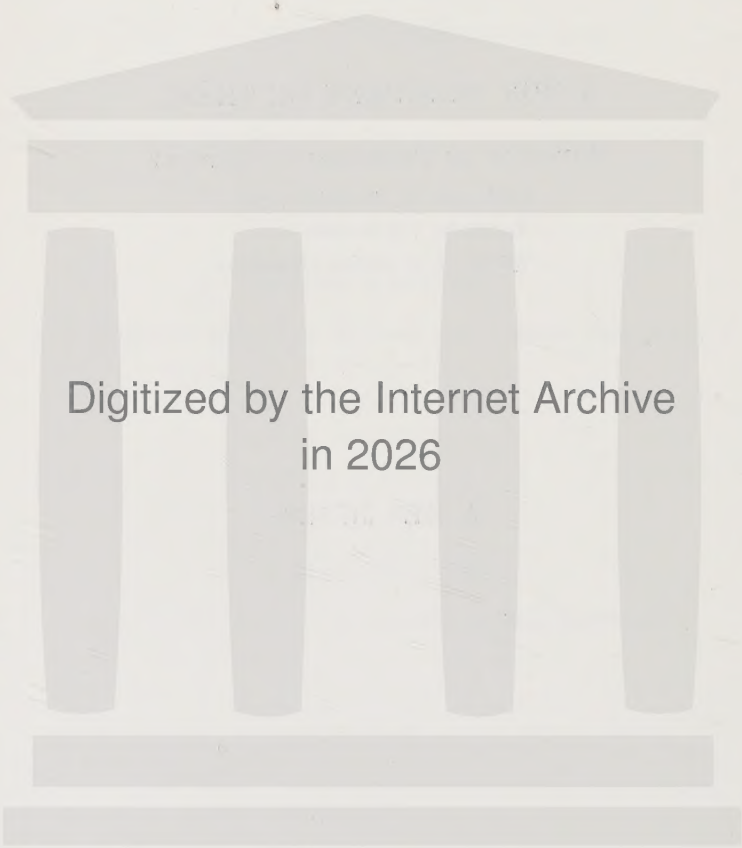
de la Faculté de médecine et des Hôpitaux de Strasbourg.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVIGNY

Professeur de Médecine légale
Agrégé du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'honneur.

A MES JUGES


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548023_0067

INTRODUCTION

C'est un point de médecine légale que nous nous proposons d'étudier dans ce travail. Aussi faisant abstraction des diverses considérations métaphysiques et philosophiques sur l'existence, la nature et les conditions de la responsabilité, ainsi que sur le droit de punir, nous nous efforcerons de montrer qu'en l'état actuel de la science il est impossible au médecin comme au magistrat de porter un jugement exact sur un acte commis. Il est en effet trop de facteurs qui agissent sur la responsabilité et ces facteurs ne peuvent pas toujours être bien déterminés quant à leur valeur.

Tout au plus est-il possible au médecin-légiste après une étude approfondie de l'auteur d'un acte criminel ou délictueux, et après une étude minutieuse des faits de donner une appréciation sur la responsabilité.

Dans le cas spécial de l'épilepsie qui nous intéresse, nous verrons que la difficulté n'est pas uniquement dans l'appréciation des faits, des actes commis par le délinquant, mais encore dans la détermination exacte de l'affection dont celui-ci est atteint.

Dans ce travail nous allons étudier la question à ses différents points de vue. Nous commencerons par l'historique, en nous efforçant de montrer quelles ont été successivement les limites assignées à l'épilepsie.

Dans un second chapitre nous ferons ressortir la difficulté que l'on rencontre souvent, quand il faut établir un diagnostic entre l'épilepsie et l'hystérie qui a été longtemps confondue avec elle. Nous donnerons les signes spéciaux qui pourront dans certains cas permettre de faire le diagnostic différentiel, et nous verrons que la symptomatologie n'est pas toujours suffisante pour permettre de bien différencier les deux névroses. Pour bien montrer la difficulté du diagnostic nous illustrerons ce chapitre de quelques observations.

Nous étudierons ensuite les caractères des actes épileptiques et nous verrons les déductions que le médecin-légiste peut tirer de l'analyse des faits.

Puis nous traiterons la question de la responsabilité et nous terminerons par quelques observations.

Tel est le plan que nous avons adopté pour ce travail. Nous n'avons nullement eu la prétention de tracer dans un travail aussi restreint les règles qui doivent guider le médecin-légiste dans l'examen des épileptiques et de leur état mental. Nous nous sommes bornés à montrer la difficulté qu'il peut rencontrer pour diagnostiquer certaines formes d'épilepsie.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier ici M. le professeur Chavigny ; le sujet de notre thèse nous a été inspiré par lui, il nous a aidé de ses conseils et a bien voulu nous communiquer d'intéressantes observations.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'épilepsie est peut-être parmi les infirmités qui affligent l'humanité la plus grave par les conséquences qu'elle entraîne pour l'individu, pour la famille et pour la société. Longtemps elle a été reléguée au second plan, elle mérite cependant de retenir l'attention des médecins-légistes et des législateurs.

L'épilepsie est connue depuis la plus haute antiquité. Déjà au temps d'Hippocrate on possédait des notions dans le domaine des maladies nerveuses; l'hystérie est déjà citée, mais c'est surtout l'épilepsie que connaissait Hippocrate, il l'a décrite avec le plus grand soin, il avait même remarqué que l'épilepsie s'accompagnait de délire.

Aux temps les plus reculés, les épileptiques étaient considérés comme des gens à part, « tantôt inspirés des dieux et pleins de leur soufle sacré, tantôt possédés par les démons et faisant naître presque toujours auprès du vulgaire une crainte superstitieuse et un respectueux effroi ». C'est ce sentiment général qui, sans doute, a valu à cette affection d'être appelé mal sacré (morbus sacer) par Hippocrate.

Au moyen âge les mêmes idées continuent à prévaloir, car à cette époque la croyance aux démons domine toutes les imaginations, c'est le règne de la sorcellerie, de la possession démoniaque. L'étude des maladies mentales ne fait aucun progrés.

Il faut arriver au XV^e^ siècle pour voir reprendre les recherches dans le domaine des maladies mentales. Longtemps l'épilepsie est restée dans le groupe des maladies « incertæ sedis » et jusqu'à ces dernières années on la trouve classée parmi les affections du système nerveux dont la cause est inconnue: les névroses.

Jusqu'au commencement du XX^e^ siècle et malgré les travaux importants de Morgagni et de Tissot la connaissance de l'épilepsie n'a guère progressé, elle n'avait été étudiée qu'au point de vue symptomatique et d'une façon incomplète.

Les symptômes de l'épilepsie furent longtemps confondus avec ceux d'affections à symptomatologie voisine; l'hystérie tout particulièrement fut souvent prise pour une manifestation de l'épilepsie.

Il faut se rappeler qu'au siècle dernier jusqu'à Briquet l'hystérie était considérée « comme composée de phénomènes incohérents, que l'on s'accordait à reconnaître comme le type de l'instabilité, de l'irrégularité, de la fantaisie, de l'imprévu, comme n'étant gouvernée par aucune loi, aucune règle, se confondant plus ou moins avec l'épilepsie ».

Briquet eut le mérite de mettre un peu d'ordre dans ce chaos, il proclama que l'hystérie était une névrose et non une maladie honteuse, et il sépara nettement l'hystérie convulsive de l'épilepsie.

De ce jour le cadre de l'épilepsie commença à se rétrécir. Cette névrose n'était plus considérée comme une entité morbide mais comme un syndrome pouvant relever de causes diverses. D'abord les convulsions épileptiformes de la Grande Hystérie ont été distinguées de l'épilepsie. Puis les convulsions de l'enfance, les convulsions de l'éclampsie bien que présentant de grandes analogies avec les convulsions de l'épilepsie furent écartées. Puis successivement l'épilepsie jacksonienne avec lésion de la zone motrice de l'écorce cérébrale, et certaines épilepsies d'origine toxique ont formé des groupes spéciaux et le domaine de l'épilepsie essentielle s'est trouvé rétréci de plus en plus.

Il ne faut pas croire cependant qu'en l'état actuel de la science les limites entre les deux grandes névroses soient tranchées d'une façon rigoureuse.

Briquet lui-même, qui sépara le premier l'hystérie convulsive de l'épilepsie, n'avait pas été sans rencontrer des difficultés, et il admettait que l'hystérie et l'épilepsie pouvaient se rencontrer chez le même individu, mais selon lui les accidents convulsifs étaient distincts.

Plus tard Charcot vint se ranger du coté de Briquet. Il schématisa peut-on dire l'hystérie. Il admettait également que l'hystérie et l'épilepsie pouvaient exister simultanément mais il se refusait à reconnaître une forme hybride où les deux névroses seraient combinées.

Charcot a insisté sur la simulation par l'hystérie, de plusieurs maladies nerveuses en particulier de l'épilepsie. — Après lui son élève Richer et d'autres auteurs ont montré que l'hystérie ne se contentait pas d'emprunter le masque de la grande attaque comitiale, mais qu'elle pouvait simuler l'épilepsie sous toutes les formes, délire, vertige, automatisme ambulatoire. Le domaine de lhystérie devenait alors très vaste.

Dans la suite et jusqu'à 1914 l'hystérie a été révisée, on a réduit le nombre de manifestations hystériques, au profit de l'épilepsie.

En 1908 lors des débats retentissants sur l'hystérie à la Société de Neurologie de Paris, les idées de Babinski ont prévalu. Babinski réserve le nom d'hystérie ou de pithiatisme, aux seuls troubles susceptibles d'être reproduits par la suggestion et de disparaître sous l'influence de la suggestion ou de la persuasion.

La conséquence de ce revirement a été qu'actuellement on a une tendance de plus en plus marquée à limiter le cadre de l'hystérie. Pratiquement, beaucoup de médecins considèrent l'hystérie comme un syndrome devenu archaïque, une appellation dont on a abusé ; ils n'osent plus porter le diagnostic de troubles hystériques, leurs malades sont dès lors pris pour des épileptiques ou taxés de simulateurs. Après avoir vu l'hystérie partout on ne veut plus la voir nulle part.

Cependant la grande expérience acquise au cours de la dernière guerre, dans le domaine des maladies nerveuses, semble devoir modifier à nouveau les conceptions qui ont prévalu depuis Babinski.

De nombreuses observations recueillies au cours de la guerre ont permis de constater une véritable floraison d'accidents nerveux survenus à l'occasion d'émotions violentes ou de traumatismes, et présentant une symptomatologie compliquée. Le mode d'apparition, l'évolution, les symptômes de ces accidents ne permettaient guère de les rattacher aux manifestations épileptiques. Si la suggestion était la seule cause pouvant provoquer les troubles hystériques, l'on ne pouvait pas non plus les grouper dans les manifestations hystériques. Certains auteurs n'ont pas hésité à ranger ces accidents nerveux dans un groupe spécial à symptomatologie hybride: l'hystéro-épilepsie.

Bon nombre de neurologistes tout en reconnaissant le rôle de la suggestion, ne la considèrent plus comme une cause unique ou constante des accidents hystériques, l'émotion, l'imitation, l'impressionnabilité exagérée, peuvent aussi provoquer leur apparition. Certains d'entre eux estiment qu'il y a lieu de désigner sans hésitation, ni arrière-pensée, sous le nom d'accidents hystériques, tous les cas fréquents à l'heure actuelle, et qui autrefois auraient certainement été désignés sous ce nom.

La raison de l'évolution des idées dans l'interprétation des manifestations hystériques et épileptiques est assez simple. On comprend en effet que la difficulté de classification et de nosographie est grande pour deux affections telles que l'Hystérie et l'Epilepsie, dont on ignore la pathogénie, l'étiologie et l'anatomie pathologique. On s'est uniquement basé sur la symptomatologie pour la classification; nous verrons dans ce travail combien les symptômes sont variables dans ces deux névroses, et

combien parfois il présentent d'analogie dans l'un et l'autre : La symptomatologie ne peut suffire à établir entre les deux névroses une distinction nette.

La question reste posée aujourd'hui: Quelles sont les limites des deux névroses ? quels sont les signes de chacune d'elles ? Les précieux renseignements recueillis pendant la guerre amèneront peut-être une revision de la nosographie actuelle, celle-ci n'aura d'effets tant qu'elle ne sera pas guidée par un critérium clair et indiscutable.

Nous ne devons pas nous étonner après cela, si l'interprétation des actes des épileptiques et des hystériques a subi les mêmes évolutions que les conceptions sur les deux névroses. Les actes des épileptiques ont été en effet le sujet de la part des médecins aliénistes, d'interprétations les plus contradictoires, quand il a été question d'apprécier la responsabilité de ces malades. Les décisions judiciaires se sont évidemment ressenties de ces tergiversations; sévères ou clémentes, elles ont consacré des duretés ou des faiblesses. — On s'est évertué en vain à fixer un degré de responsabilité chez ces malades criminels. Cela a d'ailleurs été une erreur car chez l'épileptique comme chez l'hystérique tout est clinique, et un problème médico-légal quel qu'il soit trouve toujours sa solution dans une appréciation clinique.

Pour apprécier la responsabilité d'un sujet, il faut donc s'en rapporter uniquement à son observation, analyser ses crises et son état mental. Binet dans un remarquable travail (Revue neurologique 1911) a tracé la marche à suivre pour cet examen mental. — Il faut également s'appuyer sur un examen approfondi des fait, prendre pour base la clinique et n'aborder qu'en dernier lieu les déductions judiciaires et sociales.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

L'étude de l'inculpé est le premier élément de diagnostic. Il s'agit en premier lieu de reconnaître l'existence de l'épilepsie.

Quand le malade présente de grandes crises convulsives, le diagnostic ne présente guère de difficultés que dans les crises à symptomatologie hybride, nous verrons comment les diagnostiquer.

Si le malade n'a pas eu de crises devant le médecin, celui-ci pourra parfois se rapporter aux récits du malade. Beaucoup d'entre eux décrivent en effet avec précision, les symptômes qui ont accompagné, précédé ou suivi leurs accès, et cette description surtout lorsqu'elle est donnée par des individus ignorants ou peu intelligents ne saurait guère être inventée de toute pièce.

Le diagnostic présente une toute autre difficulté si le malade est atteint d'épilepsie à forme moins franche. Dans ce cas les symptômes sont quelquefois si frustes, qu'ils peuvent être ignorés du malade lui-même; ils n'ont que plus de valeur aux yeux du médecin qui peut seul leur donner leur signification, et étudier leur répercussion.

Trousseau, Legrand du Saulle et Lassègue ont insisté sur les formes frustes, attaques nocturnes, formes vertigineuses où la difficulté médico-légale se résout en une difficulté de diagnostic.

Souvent les phénomènes somatiques manquent en partie, ou bien des phénomènes secondaires viennent s'ajouter à ceux de l'épilepsie ; le diagnostic n'est que plus compliqué.

Si l'on ajoute la simulation que le médecin devra encore déceler, on comprendra que les difficultés à surmonter pourront être parfois nombreuses.

Le médecin-légiste devra donc s'en rapporter d'abord à l'observation de l'inculpé, étudier son caractère, ses mœurs, ses habitudes, analyser son état mental, observer de près les crises convulsives ou autres accidents de l'affection, il veillera enfin à déceler la simulation.

1° L'ÉPILEPTIQUE

CARACTÈRE, HABITUDES, ETAT MENTAL

Le plus grand nombre des épileptiques se rattachent à la classe des dégénérés héréditaires. Leur vie est presque toujours riche en antécédents nerveux, on trouve souvent chez eux, des délires, des accès, des impulsions antérieures dont l'existence bien établie a une signification des plus nettes.

Tous ceux qui ont vécu au milieu des épileptiques, qui ont causé avec eux et qui ont interrogé leurs parents ont pu se rendre compte que l'état mental de tout épileptique a subi une atteinte. Nous ne voulons pas dire par là que tout épileptique est un aliéné, mais tout épileptique est fantasque et peu sociable en somme. Il peut à un certain moment et sans qu'on puisse le prévoir, commettre des actes de cause hallucinatoire et de nature dangereuse.

Il est certes des épileptiques très intelligents mais nous ne saurions admettre l'opinion de certains auteurs qui soutiennent que l'on peut être épileptique et complètement sain d'esprit. L'épilepsie en tenant les centres nerveux dans un état d'éréthisme constant, ou qui à l'aide de décharges convulsives répétées, épuise le malade, le conduit peu à peu vers la débilitation. Quel que soit le degré d'intelligence des épileptiques, la plupart offrent certaines particularités morbides, dont l'ensemble représente un état mental particulier qui frappe le médecin et lui permet parfois de déceler une épilepsie ignorée. Aussi chez les malades ayant l'apparence de la plénitude de leur raison, il y aura lieu s'ils sont sujets à des crises, de tenir compte de l'affaiblissement intellectuel surtout dans les périodes qui suivent les attaques.

C'est principalement sur le caractère et l'humeur que l'épilepsie a des répercussions. Le caractère des épileptiques est essentiellement mobile. Régis les classe en deux catégories: tantôt ils sont gais, soumis, affables, enthousiastes, prévenants et flatteurs, tantôt au contraire ils sont tristes, sombres, d'un caractère acariâtre, prêts à se fâcher, à s'emporter. « Mais ajoute Régis, ces différences ne portent que sur les dispositions extérieures, au fond les épileptiques sont tous ou presque tous des irritables, sujets à des crises d'emportement et de colère, subites, violentes et furieuses, pendant lesquelles il ne s'appartiennent pour ainsi dire plus. »

Cette mobilité des manifestations psychiques est caractéristique de l'épilepsie, on ne la retrouve dans aucune autre névrose, ni aucune forme d'aliénation mentale.

Il faut avoir observé les épileptiques de près pour se rendre compte de l'oscillation de leur intelligence, pour noter les contrastes qu'ils présentent, et la soudaineté de leurs déterminations.

Dominés par une irritabilité excessive, ils ont des sensations trop vives qui faussent leur jugement, et les empêchent de juger sainement leurs actes et leurs paroles ; il y a chez eux un manque d'équilibre psychique qui les rend insupportables, souvent dangereux dans leur famille et dans la société.

Les troubles psychiques sont surtout prononcés au moment des attaques, mais ils existent aussi entre les paroxysmes, ils les remplacent même quelquefois. L'affaiblissement intellectuel devient plus prononcé et tend à devenir permanent à mesure que les crises se répètent et deviennent plus fréquentes.

De tout ce qui précède on peut conclure que la constatation du caractère épileptique ne permet pas à lui seul d'affirmer le diagnostic d'épilepsie. Sans doute il existe souvent dans l'épilepsie, sans doute il permet quelquefois de dépister une épilepsie larvée, mais il n'est pas un signe pathognomonique du mal comitial, il est simplement la manifestation d'une tare névropathique.

2° CRISE D'ÉPILEPSIE — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LA CRISE D'HYSTÉRIE — DISCUSSION

L'on conçoit bien que le médecin-légiste ne pourra se baser uniquement sur les anomalies du caractère et de l'état mental d'un inculpé pour faire le diagnostic d'épilepsie.

Le gros élément de diagnostic sera l'analyse minutieuse des crises convulsives que l'on aura pu constater, l'on recueillera avec soin les détails que l'on pourra avoir sur les phénomènes qui ont précédé et suivi les crises.

On a longtemps cru pouvoir créer une description fixe de l'épilepsie et de l'hystérie; mais l'observation a montré que les caractères des deux névrose n'étaient pas aussi tranchés qu'on l'a dit.

A mesure que les observations se sont multipliées, grâce surtout à l'expérience acquise au cours de la dernière guerre, on s'est rendu compte, que ni l'épilepsie ni l'hystérie n'avaient de signes pathognomoniques.

L'hystérie en effet est une grande simulatrice et on a pu la voir simuler toutes les manifestations de l'épilepsie. Le diagnostic différentiel sera parfois très difficile si on se base uniquement sur la symptomatologie.

Dans un remarquable travail sur « les Maladies nerveuses », Vires a exposé d'une façon claire les signes réciproques des deux névroses pendant l'attaque ceux du moins que l'on rencontre avec le plus de fréquence. Nous reproduisons ici son tableau:

1° *Dans l'épilepsie:*

a) Auras et prodromes constants, multiples, troubles gastro-intestinaux, langue sale, saburrale, constipation.

b) Cri initial, perçant, lugubre, unique.

c) Chute immédiate, et perte de connaissance, blessures fréquentes.

d) Pupilles mydriatiques d'abord, myosiques ensuite.

e) Visage congestionné, hideux, tuméfié, violacé, toujours livide, bave écumeuse constante, les yeux dirigés en haut, convulsés.

f) Successions de convulsions toniques puis cloniques, mouvements saccadés et violents, les doigts rétractés fléchis sur le pouce.

g) Pouls petit, filiforme. Hypotension artérielle.

h) Terminaison par le stertor, le coma, perte du souvenir au réveil, température abaissée, collapsus des facultés intellectuelles, à la longue altération de l'état physique.

2° *Dans l'hystérie:*

a) Prodromes rares, moins constants et quelquefois modification du caractère.

b) Série de cris plaintifs, bizarres, gémissements, pleurs, rires.

c) Chute non immédiate, perte de connaissance incomplète. Pas de blessures.

d) Pas de modification pupillaire.

e) Pas d'altération de la face, salive écumeuse rare.

f) Tonisme moins marqué, pas de fléchissement du pouce, surtout mouvements cloniques, bizarres et singuliers, attitudes passionnelles opisthotonos.

g) Pouls variable.

h) Terminaison souvent longue par phénomènes délirants, crises de pleurs, souvenir conservé, température normale. Pas d'altération du physique ou du moral à la longue.

Mais c'est à tort que l'on use ainsi d'un critérium. « Les médecins, dit Binet, ont dans l'esprit les grands cadres de l'hystérie et de l'épilepsie, et toutes les fois qu'on leur confie l'examen mental d'un individu, ils recherchent si cet individu présente quelques traits caractéristiques appartenant à l'une des deux névroses ; dès que le nombre des signes présents est suffisant pour un diagnostic, l'affaire est tranchée. »

Il est évident que si un individu présente l'ensemble des symptômes de l'un ou de l'autre cadre, il sera possible de poser un diagnostic avec assez de certitude. Mais les crises ne se présentent généralement pas avec une telle floraison de symptômes, dans les névroses à formes frustes particulièrement. Si d'autre part on admet que certains signes peuvent passer inaperçus, lors d'une observation même minutieuse, on s'explique que la détermination du diagnostic soit parfois embarrassante.

Les symptômes pris dans leur ensemble pourront avoir une grande valeur diagnostique, mais aucun pris à part n'a de valeur pathognomonique.

Nous savons, en effet, que la chute immédiate quoique exceptionnelle se rencontre quelquefois dans certaines crises hystériques.

L'amnésie et la perte de connaissance, que l'on a considérées comme les stigmates essentiels des manifestations épileptiques, ne sont pas non plus constantes. Ducosté dans son étude sur l'épilepsie consciente et mnésique a publié de nombreuses observations à ce sujet. La perte de connaissance se rencontre d'ailleurs dans d'autres états morbides, dans le somnambulisme par exemple. Elle peut exister également dans les crises hystériques. N'a-t-on pas vu des hystériques se blesser grièvement pendant leurs crises, avec des instruments qu'ils avaient sous la main; après leur crise ils ne savaient ce qui s'était passé.

La dilatation des pupilles durant la crise d'épilepsie, serait d'après beaucoup d'auteurs un phénomène constant ; mais il n'y a rien de difficile comme de constater l'état des pupilles pendant une crise convulsive : les yeux du malade sont en effet renversés en haut et ne se prêtent guère à cet examen.

D'autres auteurs ont cru voir dans les résultats thérapeutiques obtenus par le traitement au bromure de potassium et au luminal un bon élément pour diagnostiquer l'épilepsie. Mais ne pourrait-on aussi bien admettre que l'action de ces médications ait été purement suggestive dans certains cas d'hystérie.

Il semble donc qu'en l'état actuel de la science il n'y a aucun symptôme qui, pris à part, permettre de différencier les deux névroses. Si la symptomatologie à elle seule se montre impuissante à délimiter le do-

maine de chaque névrose, ne pourrait-on point trouver dans l'étude de l'étiologie, de l'évolution, et du traitement de ces affections, une base diagnostique moins discutée, plus stable. L'expérience de la dernière guerre a montré l'utilité qu'il y aurait à faire une révision du cadre nosographique dans ce sens. A la notion de symptomatologie il y aurait lieu de substituer celle de suggestibilité, de curabilité et de gravité.

Il sera intéressant de recueillir les renseignements sur les crises antérieures ; on trouvera parfois dans l'étiologie de la névrose des détails qui mettront sur la voie du diagnostic.

Sans doute, la principale cause d'épilepsie est l'héridité, et souvent les premières manifestations remontent à l'enfance, mais souvent aussi on ne trouve aucune hérédité pathologique pour expliquer la névrose. Certains auteurs ont soutenu que la première crise convulsive pourrait apparaître spontanément sous l'effet d'une émotion, d'un traumatisme.

Il ne semble pas que l'émotion-choc puisse créer l'état d'épilepsie qui est la conséquence d'altérations organiques ou de modifications humorales. Si l'émotion-choc a été notée comme cause provocatrice d'accidents comitaux, l'observation a prouvé, comme l'ont montré Babinski, Déjeriné et d'autres auteurs, que ces crises apparaissent toujours chez des prédisposés. Le choc émotionnel n'aura d'action que sur les cerveaux prédisposés, doués d'une émotivité constitutionnelle : « Ce sont avant tout des déséquilibrés de l'affectivité, chez qui la constitution émotive s'est déjà manifestée le plus souvent au cours de l'existence à l'occasion d'émotions analogues ».

M. le professeur Chavigny qui, depuis la guerre, s'est beaucoup occupé des accidents émotionnels, pense également, que les troubles psychiques ou neuro-psychiques surviennent à la suite d'émotion sur un terrain prédisposé : « Chez la plupart des sujets qui ont présenté des troubles psychiques ou psycho-névrosiques, il était généralement facile de mettre en évidence l'existence de quelques tares prédisposantes. Fréquents étaient les troubles nerveux, psychiques, familiaux ou collatéraux, les malformations congénitales, mais cependant l'importance des causes occasionnelles dépassait celle que l'on est habitué à leur attribuer, les causes occasionnelles tenaient réellement la première place chez tous les traumatisés de guerre. Bon nombre de ces malades, s'ils fussent demeurés dans leurs conditions normales d'existence, auraient eu certainement toutes chances d'échapper indéfiniment à l'éclosion des troubles psychiques car il leur aurait fallu subir un choc émotif exceptionnel ».

L'émotivité constitutionnelle s'allie généralement à d'autres états psychopathiques, notamment à l'hystérie, et l'on peut dire que, dans l'im-

mense majorité des cas, les troubles nerveux consécutifs aux émotions violentes sont de nature fonctionnelle, inorganique et la plupart des auteurs sont d'avis de les ranger dans le groupe des accidents dits hystériques ou pithiatiques. Les accidents épileptiques ont été rarement provoqués dans ces conditions.

Avec les accidents à point de départ émotif, on groupera encore parmi les manifestations hystériques celles qui sont déterminées par la suggestion et qui disparaissent d'une façon analogue. Les accidents épileptiques n'apparaissent pas en effet sous l'influence de ces facteurs et ne sont nullement accessibles à la même thérapeutique. On pourra trouver là un bon élément de diagnostic.

La gravité de l'affection peut aussi être un bon signe pour différencier les deux névroses, tandis que l'hystérie n'a guère de répercussion sur la santé et l'intelligence du malade; l'épilepsie au contraire amène à la longue, à la déchéance morale et physique, celui qui en est atteint.

Il est certain que si l'on revisait la nosographie actuelle des névroses et si l'on donnait aux notions de suggestibilité, de curabilité et de gravité toute leur valeur, on verrait le cadre de l'épilepsie se rétrécir et l'hystérie accaparerait bon nombre d'affections que l'on s'obstine à ranger dans l'hystéro-épilepsie ou dans les épilepsies larvées.

On comprend que la tâche du médecin-légiste sera parfois délicate, car lorsqu'il sera question pour lui de trancher la question de responsabilité, toutes ses conclusions seront basées sur son diagnostic. — Il y aura autant de solutions, peut-on dire, que de cas ; le mieux sera de s'en tenir à l'examen simple et banal des faits cliniques.

Les quelques observations que nous donnons ci-dessous et que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Chavigny, nous feront voir que la détermination du diagnostic n'est pas toujours chose facile.

OBSERVATION I

Soldat X . . . . 25 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : Angine diphtérique et rhumatisme en 1916.

En mai 1917, pendant les exercices de grenades, une de celles-ci ayant éclaté près de X... celui-ci est renversé et reste quelques instants sans connaissance. Mais il peut reprendre son service. Deux jours après, se trouvant dans sa chambre pour le repas du soir, X. . . tombe brusque-

ment sans connaissance, renversant les objets qu'il tenait à la main. Comme il se débattait ses camarades l'ont ligoté. On n'a constaté ni morsure de la langue ni émission d'urine.

20 septembre : 2e crise, étant au petit poste.

30 septembre : 3e crise dans un abri.

17 décembre : 4e crise dans sa chambre.

Plus tard, 5e crise à l'infirmerie, puis est évacué A l'hôpital X. . . à Milan sur lequel il a été évacué, X... fait plusieurs crises analogues. Pendant ces crises on a constaté que les pupilles étaient dilatées, le pouls était à 120, le malade avait le faciès vultueux et cyanosé, il présentait de la contraction spasmodique des muscles. Il se débattait et, à plusieurs reprises, il a déchiré ses vêtements se roulant sur le sol et poussant des cris inarticulés.

La crise se terminait au bout de deux ou trois heures, la contraction des muscles et l'agitation du malade diminuait progressivement, il s'endormait sans avoir repris connaissance.

Presque à chaque crise, le malade avait de l'écume sanguinolente à la la bouche, ses mâchoires se contractaient énergiquement et il grinçait des dents.

Le 26 janvier 1918 il fut dirigé sur le centre de psychiâtrie avec le diagnostic de « psychose épileptique ». Le premier accident avait été provoqué par l'éclatement d'une grenade, la première crise convulsive était apparue deux jours après. Cela n'expliquerait guère une crise d'épilepsie, surtout que dans son passé le soldat X . . . n'en avait jamais eu.

Arrivé au centre de psychiâtrie, l'effet de la suggestion suffit à faire disparaître les crises. Le soldat fut en effet prévenu en entrant dans le service que dans le centre de psychiâtrie les crises d'hystérie ne devaient pas avoir lieu ; et en fait elles ne se reproduisirent point.

X . . . ne doit pas pour cela être considéré comme un simulateur, c'est un émotif qui, sous l'action de l'émotion-choc, a présenté sans aucun doute des manifestations hystériques. Ce n'était point un épileptique.

OBSERVATION II

Le soldat A . . . s'était trouvé pris dans l'accident de chemin de fer de Modane en décembre 1917. Il se tire de l'accident avec quelques brûlures superficielles. Après s'être fait panser il peut le lendemain même prendre le train pour aller en permission.

Il ne semblait pas avoir conservé un souvenir particulièrement terrifiant de l'accident. Mais dès qu'il est arrivé chez lui sa femme remarque que son sommeil est constamment troublé, agité, qu'il murmure en dormant des mots incompréhensibles.

A son retour de permission alors qu'il était dans le train il fait une grande crise convulsive qui dure une demi-heure. Rentré à son régiment A . . reprend son service, mais a peu près périodiquement il fait une nouvelle crise convulsive.

Les troubles du sommeil ont persisté, puis les crises sont devenues nocturnes. Le soir, avant de se coucher, A . . . éprouve parfois lorsqu'une crise doit avoir lieu pendant la nuit, quelques secousses musculaires réparties sur tout le corps, il s'endort normalement puis au bout de deux à trois heures d'un sommeil calme il se jette d'un bond hors de son lit, il retrace une crise convulsive de terreur pendant laquelle ses gestes repoussent visiblement un objet qui menace de l'écraser.

Pendant cette crise A . . . a les yeux ouverts, mais il ne paraît rien voir de ce qui l'entoure, tout absorbé qu'il est dans sa vision d'épouvante, il pousse des cris de terreur.

Quand on le flagelle vigoureusement avec un linge mouillé, la crise diminue d'intensité et de durée, elle s'arrête au bout de dix minutes. A son réveil A. . . ne garde aucun souvenir de sa crise.

Ces crises ne peuvent guère être rattachées à l'épilepsie bien que nous constations ici la perte de connaissance et la perte du souvenier. Ce sont certainement des crises post-émotionnelles de même nature que celles relatées dans l'Observation I. — Dans les antécédents de A. . . nous ne trouvons aucun accident pathologique. Les crises qu'il présente sont liées à un état de rêve subconscient rappelant le souvenir de l'accident antérieur.

Parmi tant d'autres faits que nous pourrions citer, nous nous contenterons de mentionner une observation curieuse qui a été rapportée par Laurent à la Société des sciences médicales de Lyon (29 avril 1908).

Il s'agit d'un homme qui fit une chute de cheval en 1890. Le traumatisme porte sur la moitié gauche de la tête. Consécutivement apparaissent des crises d'épilepsie jacksonnienne à droite avec phénomènes post-épileptoïdes variables : parésie, aphasie, contractures. Six fois furent pratiquées des interventions chirurgicales ; trépanations, craniectomies, libérations d'adhérences, chaque fois avec guérison consécutive temporaire. Quand le malade entre à nouveau à l'hôpital, il présentait

de la contracture en varus équin du membre inférieur droit. Le succès du traitement simplement suggestif (simulacre d'opération) démontra la nature hystérique des symptômes.

3° SIMULATEURS

L'épilepsie est de toutes les maladies nerveuses, celle que l'on cherche le plus souvent à simuler, parce que dit Tissot, « elle ne demande qu'une représentation momentanée et permet de revenir promptement à la santé une fois l'accès passé ».

On simule l'accès d'épilepsie soit pour échapper au service militaire ou pour prolonger un séjour à l'hôpital, soit pour se soustraire aux conséquences d'un crime ou d'un délit dont on s'est rendu coupable. Il faut cependant ajouter que de nombreuses crises observées à l'occasion de l'incorporation ont donné lieu à de grossières erreurs, souvent en effet des crises hystériques ont été prises pour l'effet de la simulation.

Avec une volonté énergique on simule parfaitement les différentes phases de l'attaque convulsive; le stratagème a d'ailleurs souvent réussi et cela a contribué à encourager les intéressés.

Le problème de la découverte de la simulation est peut-être un de ceux qui se pose à l'expert avec le plus d'acuité. S'il se trompe dans son diagnostic, s'il regarde comme aliéné un simulateur ou inversement s'il méconnaît l'épilepsie, il fait remettre en liberté un vulgaire criminel, ou fait condamner un irresponsable. Il importe donc beaucoup pour le médecin de pouvoir en toute sécurité de conscience reconnaître l'épilepsie simulée, pour cela il devra connaître et savoir réunir tous les éléments susceptibles d'éclairer sa religion.

Il faut étudier minutieusement les circonstances dans lesquelles ont lieu les attaques. En général le simulateur prend ses précautions pour éviter que dans sa chute il se fasse mal, il tombera rarement sur la face. La fréquence des attaques peut être une cause de présomption.

Les auteurs se sont efforcés de trouver des moyens de reconnaître la simulation : la pâleur initiale de la face, la dilatation des pupilles et leur insensibilité à la lumière sont à peu près les seuls signes que l'on ne peut imiter. Mais ces signes ne sont pas non plus absolument constants dans l'épilepsie. Les séquelles de l'attaque fournissent aussi de bons moyens de contrôle.

Le seul critère qui permette de reconnaître la simulation c'est la part de volonté consciente que le sujet introduit dans ses actes. Or conscience et volonté sont sujettes à toutes sortes d'altérations et de dégra-

dations individuelles. De cela nous n'avons d'autres moyens d'appréciation que les renseignements fournis par une surveillance continue et attentive.

En résumé nous dirons que, lorsque l'on aura à faire le diagnostic entre les deux grandes névroses : hystérie et épilepsie, on tendra à grouper dans l'épilepsie les cas graves avec déchéance progressive de l'état mental ; on se méfiera des cas légers, dont bon nombre doivent être rapportés à l'hystérie. On jugera à leur juste valeur les notions de suggestibilité, de curabilité et de gravité, qui seront souvent des éléments de diagnostic plus sûrs que ceux que l'on aura puisés dans la symtomatologie. Le mieux serait de s'en tenir aux faits rigoureusement observés, peut-être alors y aurait-il lieu d'entrevoir une réhabilitation de l'hystérie et une réduction du cadre de l'épilepsie.

CHAPITRE III

CARACTÈRES DES CRIMES ET DES DÉLITS DES ÉPILEPTIQUES

Nous avons vu quel était le caractère si particulier de l'épileptique et quelles étaient ses habitudes ; on les retrouve toujours avec la même variété, la même soudaineté, ces deux mots résument l'état d'esprit de l'épileptique. S'il en est ainsi, les actes commis par ces malheureux doivent porter l'empreinte de la névrose comitiale.

Les caractères spéciaux des actes permettent en effet parfois de rapporter l'acte commis à l'épileptique, alors même qu'il n'y a pas de signes extérieurs, de crises convulsives ou d'autres symptômes dénotant l'épilepsie. .

« L'acte de l'épileptique, dit Régis, est ordinairement un crime, surtout un meurtre ou un incendie.

« Il est accompli sous forme d'une impulsion brusque, instantanée, violente, se reproduisant souvent à intervalle plus ou moins régulier. Le malade n'en garde aucun souvenir, au sortir de sa crise, parfois il y a amnésie rétrograde ; cette amnésie est propre à l'épilepsie, on la rencontre aussi dans le choc traumatique, mais pas avec les mêmes caractères.

« Ce caractère a souvent permis au médecin de diagnostiquer une épilepsie ignorée qui devient ensuite évidente.

« Un épileptique au sortir d'un meurtre reconnaît et avoue son acte, le lendemain il déclare qu'il ne sait de quoi on veut lui parler. On peut croire à une ruse, à une simulation de sa part, cela est possible, mais souvent c'est le fait d'une amnésie retardée, survenue plus ou moins longtemps après l'accomplissement de l'acte. »

Berlureaux croyait également pouvoir déceler l'épilepsie d'après le caractère des faits. «Lorsqu'un crime tout à fait inexplicable, dit-il, vient à être accompli avec une instantanéité insolite, avec une férocité et une multiplicité d'agression tout à fait extraordinaire, en dehors de la technique du crime et sans complicité, et lorsque le fait est en complet désaccord avec les antécédents d'un prévenu non connu comme aliéné, il est probable que l'auteur est un épileptique. Cela devient une certitude si le prévenu en a perdu tout souvenir et paraît étranger à l'acte commis alors même qu'il en garde un souvenir vague, lorsqu'il en cause avec indifférence comme s'il avait été commis par un autre».

On attribue en général aux actes des épileptiques des caractères trop tranchés; ces actes ne semblent, dit-on, déterminés par aucun motif ou aucun motif apparent, ils n'ont pas de but intéressé, la violence de l'acte dépasse le but à atteindre. Mais aucun de ces caractères n'est spécifique.

D'ailleurs les chroniques judiciaires nous montrent assez souvent des crimes dans lesquels le prétexte à la vengeance et l'intérêt sont complètement négligeables ou incompréhensibles, où la disproportion entre la violence et le résultat à obtenir sont évidents et qui cependant sont des crimes qui n'ont rien à voir avec l'épilepsie.

Il semble donc impossible de tirer des conclusions si l'on se base uniquement sur l'étude des faits.

CHAPITRE IV

RESPONSABILITÉ

Il nous faut arriver à la promulgation du Code pénal pour voir les aliénés bénéficier d'une exemption de peine en raison de leur état d'esprit.

Avant cette époque on s'aperçoit que la folie était bien exceptionnellement une cause d'excuse ou d'atténuation. Il a fallu le progrès des idées philosophiques du XVIII^e^ siècle et les travaux de psychologie qui furent produits à cette période, pour voir chercher dans les troubles de la raison, et dans les influences qu'elle peut subir dans certains cas pathologiques une explication de l'état psychique des individus.

L'ignorance des troubles mentaux, et le dédain que l'on eut pour les idées qui cherchaient à expliquer les diverses psychoses disent assez l'importance que devait prendre la démence introduite comme cause d'excuse dans la législation.

Considérant la responsabilité comme le principe en vertu duquel un acte est imputable à son auteur, il faut admettre que l'imputabilité n'existe que si la volonté s'exerce librement, c'est-à-dire qu'elle est liée à l'existence du libre arbitre qui est le pouvoir de se décider en connaissance de cause entre les divers motifs qui sollicitent à l'action.

L'exercice du libre arbitre suppose donc l'exercice des diverses facultés mentales, et il est évident que son intégrité souffrira si l'une de celles-ci est lésée. Les diverses facultés s'exerçant par l'intermédiaire de nos organes subissent leur action et réagissent sur eux.

De ces rapports continus et complexes naît la principale difficulté pour le médecin de trancher dans beaucoup de cas la question de discernement.

«Que de maux seraient écartés, disait Mandsley, quel bienfait pour la société, s'il était possible de tracer une ligne nette et sûre, puis de déclarer que tous ceux qui se trouvent en deçà sont raisonnables, que tous ceux qui se trouvent au delà sont fous. Mais la moindre réflexion fait comprendre la vanité de toute semblable division.»

Cette distinction est évidemment facile lorsque le sujet se trouve dans un état de folie bien caractérisé. Point de doute en effet à l'égard du dément, de l'idiot, point de doute encore pour l'épileptique qui agit sous l'empire de l'impulsion.

Mais contrairement à l'opinion vulgaire, l'aliénation mentale ne se manifeste pas toujours avec des caractères aussi tranchés que ceux que l'on observe dans ces derniers cas, il est souvent difficile sinon impossible de décider si le libre arbitre existe ou non.

Dans l'épilepsie la perversion mentale peut en effet varier non seulement chez les divers sujets, mais chez le même individu en dehors des plus habiles prévisions. Cet état mental se transforme en effet par le seul fait de la prolongation du mal et de la répétition des attaques.

On conçoit qu'il ne serait pas sans danger d'imposer une loi générale à ces cas qui sont souvent difficiles à analyser.

En matière criminelle les questions généralement posées à l'expert sont ainsi formulées:

« L'inculpé était-il en état de démence au moment de l'acte dans le sens de l'article 64 du Code pénal?

«L'examen psychiâtrique et biologique révèlent-ils chez lui des anomalies mentales et physiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité?»

Comme on le voit, généralement le problème se réduit à une question de diagnostic. Dès lors le but de l'expert ne doit tendre qu'à une fin: «éclairer la conscience des juges et préparer les décisions impartiales de la Cour».

Ainsi posé sur le terrain de la Pathologie, le problème se simplifie, se dégage des incertitudes métaphysiques et se réduit en quelque sorte pour l'expert à l'étude des faits et de leur agent.

Chez l'épileptique, les troubles inconscients de l'intelligence présentent des degrés infinis depuis la simple obnubilation de l'esprit jusqu'au coma le plus profond. Le problème se pose pour le médecin-légiste de déterminer quel était l'état mental de l'épileptique au moment de l'action.

Dans tous les cas où un acte aura été commis sous l'influence d'une attaque, le malade a agi comme un aliéné et il ne doit aucunement encourir la responsabilité de ses actes.

Mais comment interpréter les actes qui ont été commis entre les crises?

A Rome au temps de Zacchias, on admettait l'irresponsabilité de l'épileptique pour les actes qu'il pouvait commettre trois jours avant et trois jours après l'attaque. En réalité les faits cliniques ne peuvent ainsi être soumis à une règle fixe, la question ne peut être résolue par une formule générale, il est impossible de délimiter aussi nettement le temps nécessaire à un épileptique pour reconquérir sa raison après une crise convulsive ou un vertige. Chaque cas devra être étudié en particulier, car les accidents comitiaux sont très variables de durée et d'intensité et rien ne permet de dire exactement à quel moment ils commencent et à quel moment ils finissent.

Un acte commis par un épileptique en dehors de toute crise et qui porte en lui son explication doit nécessiter un examen particulier. L'épilepsie n'y est-elle pour rien que la responsabilité semble complète; mais elle peut, elle doit même être atténuée, car à la névrose se joint ordinairement un état de débilité mentale plus ou moins prononcé, cause venant diminuer le degré de résistance morale chez un sujet prédisposé aux impulsions et aux actes irréfléchis.

Dans le cours de ce travail nous donnerons quelques observations qui permettront de juger combien sont parfois indécises les limites qui séparent la responsabilité de l'irresponsabilité. Entre ces deux formules doit prendre place celle de la responsabilité atténuée. C'est cette dernière qu'il conviendra d'appliquer aux épileptiques qui ne sont pas atteints de débilité mentale et qui n'ont pas agi sous le coup d'un accès mais entre leur crise.

Dans les cas douteux, quand le diagnostic de la névrose n'aura pu être fait d'une façon précise, comme dans le cas de crises convulsives à symptomatologie hybride, la présomption de son état morbide doit profiter au sujet. Il y aura lieu de lui attribuer une responsabilité atténuée. Les manifestations ultérieures permettront de confirmer les données que l'on n'aura pu recueillir. Si l'individu est normal il comprendra la leçon, et luttera pour ne pas encourir une seconde peine qui serait plus grave. Si au contraire cet avertissement ne suffisait pas, s'il y avait récidive, on aurait la démonstration que l'on se trouve en présence d'un déséquilibré sur le cerveau duquel la crainte des peines judiciaires n'a aucune prise. Celui qui est capable de mal faire, quand il a d'aussi sérieuses raisons de se surveiller, est un malade et il faudra le traiter comme tel.

Loin de nous d'ailleurs l'idée de poser une règle immuable; il n'y a pas une épilepsie mais des épileptiques, et le médecin devra s'adapter à chaque cas particulier.

Quoique irresponsables, les épileptiques ne sont pas moins dangereux et malfaisants. La société a le droit et le devoir de se protéger contre leurs attentats. Il faut donc qu'elle mette tous ces malades qui se sont montrés dangereux hors d'état de nuire. Pour cela nous croyons qu'il serait utile de créer pour les épileptiques des maisons spéciales, des asiles-prisons où on les internerait et où il serait possible de les soigner.

OBSERVATION III

HYSTÉRIE. — DÉBILITÉ MENTALE. — DÉSERTION A L'INTÉRIEUR.

Soldat L. . ., 20 ans. — Profession: charretier.

Ajourné en 1918 pour faiblesse générale.

Appelé service armé en 1920.

Porté déserteur le 29 mars 1920.

1° Antécédents héréditaires.

Son père a présenté des « attaques de nerfs » fréquentes; il a été en traitement à l'hôpital pour ces crises.

Pas d'alcoolisme.

Mère morte de maladie inconnue.

Il a six frères et sœurs qui seraient souvent malades.

2° Antécédents personnels.

L. . . a fait de nombreuses maladies dans son jeune âge, il a dû garder le lit à plusieurs reprises; la nature de ces maladies n'a pu être établie.

L. . . se souvient avoir eu plusieurs fois des extinctions de voix quand il était enfant, ces extinctions de voix duraient parfois plusieurs semaines.

L. . . a fréquenté l'école pendant quelques mois seulement, il a appris difficilement à lire mais n'a pu apprendre à écrire.

A l'âge de 8 ans, il a été traité à l'hôpital pour trouble visuel: « Mes yeux se brouillaient », dit-il, « j'étais parfois obligé de m'appuyer aux murs, aux meubles, pour me tenir debout, j'avais des étourdissements, et je tombais parfois à terre. »

En 1917, L... a présenté des « crises de nerfs » fréquentes, trois par semaine quelquefois, ces crises survenaient à la suite de fatigues physiques ou étaient provoquées par des contrariétés, des émotions.

Le malade rapporte qu'il était souvent en proie à des frayeurs inexplicables à l'approche de la nuit, et que son sommeil était souvent troublé par des rêves, des hallucinations. Il signale en outre qu'il avait très mauvaise mémoire; il oubliait souvent d'exécuter le travail qu'on lui avait commandé de faire; il s'attirait de ce fait des reproches qui étaient souvent le point de départ des crises de nerfs. Le malade n'a pu donner aucun détail sur la nature de ces crises.

3° Faits.

Le soldat L. . . arrive au régiment à C... le 9 octobre 1920. Il s'adapte difficilement au métier militaire; il ne peut suivre ses camarades à l'exercice. Dans la chambrée il est en butte aux railleries et aux plaisanteries de ses compagnons. Il est continuellement triste, renfermé et il recherche la solitude.

Le 25 octobre comme la compagnie se reposait après l'exercice, le soldat L. . . fait une crise. On l'évacue sur l'hôpital militaire de B. . . Le malade fait remarquer que le jour où il fit cette crise il avait été particulièrement contrarié par les plaisanteries de ses camarades et par les remontrances de ses chefs.

L... séjourne quinze jours à l'hôpital de B..., il y fit trois nouvelles crises, en présence des infirmiers et des infirmières. Le jour de son départ, comme le médecin lui annonçait qu'il le faisait sortant, il eut une nouvelle crise.

Il obtient un mois de convalescence; il le passe à travailler aux champs. Il eut plusieurs autres crises pendant qu'il travaillait ainsi à la campagne.

A la fin de sa convalescence, comme il reprenait le train pour rejoindre son régiment, il est pris d'une «crise de nerfs» sur les quais de la gare. On le transporte à l'hôpital.

Le 7 janvier il rejoint son régiment.

Le 10 janvier il est hospitalisé à nouveau à l'hôpital de B. . .. puis dirigé sur l'hôpital M. de St. . .

Le 8 mars il rejoint à nouveau son régiment, quelques jours après il fait une nouvelle crise à la suite d'un reproche du caporal.

Le 20 mars L. . . manque à l'appel du soir. Rencontré par les gendarmes de service à la gare de C. . . et n'étant par pourvu d'un titre de permission, le soldat L... était ramené à son régiment.

Remis au gradé de service qui le renvoya à sa compagnie sans escorte, L. . . en profita pour s'échapper en escaladant le mur.

Il gagne ensuit St. . . à pied, et réussit à prendre le train pour Paris. A Paris il travaille pendant quelques jours pour gagner de l'argent afin de pouvoir prendre le train pour aller voir ses parents.

Il va voir ses parents, il leur dit qu'il se trouve en permission. Il revient à Paris où il travaille. Un soir, sa journée terminée, comme il se sent fatigué, il décide d'aller se faire porter malade. Il est pris d'une «crise de nerfs» dans la rue; on le transporte à l'hôpital V. . .

Quelques jours après son entrée, il déclare qu'il est déserteur, il est alors incarcéré à la prison et ramené à son corps par la prévôté le 29 avril 1921.

Le soldat L. . . ayant fait une absence illégale de vingt-trois jours le capitaine commandant la compagnie demande que ce militaire soit traduit devant le conseil de guerre pour désertion à l'intérieur en temps de paix, par application des articles 231 et 232 du Code de justice militaire.

Le soldat L. . . est conduit à la prison militaire et de là dirigé sur l'hôpital militaire de Strasbourg dans le service de M. le professeur Chavigny pour examen mental.

4° Examen physique.

L. . . est d'une bonne constitution. Il présente une légère asymétrie faciale, le front est bas fuyant, les oreilles ne sont pas lobulées, l'ogivation de la voûte palatine est prononcée. L'expression du regard et du visage est peu intelligente.

L. . . se reconnaît une bonne santé habituelle, il n'est sujet en dehors des crises qu'à des malaises sans gravité (bourdonnements d'oreilles, céphalées, sommeil troublé par des cauchemars. . .)

Appareil respiratoire. — La palpation, la percussion, l'auscultation des poumons ne révèlent aucun symptôme anormal.

Appareil circulatoire. — Le rythme du cœur est régulier, les vaisseaux sont souples et la circulation périphérique s'opère sans entrave. Pouls: 84.

Appareil digestif. — L'appétit est bon, les digestions sont faciles mais la constipation est habituelle, l'estomac n'est pas dilaté.

Appareil urinaire. — Les mictions sont normales mais le soldat L. . . a quelquefois des émissions nocturnes involontaires.

Rien de particulier du côté des autres organes. Mais le système nerveux présente des particularités intéressantes:

a) *Motilité.*

Les muscles sont normalement développés et l'on ne constate ni atrophie, ni paralysie, ni tremblements. Par de contractures non plus.

Crises convulsives fréquentes. Les crises sont caractérisées par un début brusque, perte de connaissance, chute, convulsions cloniques et toniques, écume à la bouche et émission d'urine.

b) *Sensibilité.*

La sensibilité à la douleur a disparu dans certaines parties du corps; nous constatons des zones d'anesthésie aux cuisses, aux bras, à la face antérieure du thorax. Dans toute l'étendue du corps nous constatons un retard dans la perception à la douleur. La sensibilité thermique est conservée.

Les diverses sensibilités spéciales sont conservées. L'ouïe, le goût, l'odorat sont normaux: Les pupilles sont également dilatées, et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Le malade prétend avoir eu à plusieurs reprises de la cécité, complète, transitoire, passagère; subitement il ne voyait plus les objets placés devant lui: «ses yeux se brouillaient.» On n'observe ni ophthalmoplégie externe, ni strabisme ni diplopie; on constate un léger nystagmus. Les couleurs sont perçues.

c) *Réflexes.*

Les réflexes tendineux sont exagérés. Aux membres inférieurs la percussion la plus légère suffit à provoquer le réflexe rotulien. Il n'y a ni trépidation épileptoïde du pied, ni clonus de la rotule.

Les réflexes cutanés, notamment le cutané plantaire sont abolis ou profondément modifiés. L'excitation de la plante des pieds détermine des mouvements réflexes non dans les muscles de la jambe, mais dans ceux de la cuisse. Le réflexe crémastérien est normal, le réflexe abdominal bien net. Enfin le réflexe pharyngien a disparu complètement.

5° Interrogatoire de l'inculpé.

D. — Dans quelles conditions avez-vous déserté le 20 mars?

R. — J'ai des crises d'hystérie ou d'épilepsie cela a été reconnu, je venais d'être soigné à l'hôpital pour ces crises. Après quarante-cinq jours de traitement comme j'allais mieux, j'ai été renvoyé sur mon dépôt. Le 18 mars j'ai reçu des nouvelles de mon père

m'apprenant qu'il était hospitalisé et qu'il venait de subir une opération. J'ai demandé une permission à mon capitaine, en lui faisant connaître l'état de mon père et en lui exposant la situation de ma famille qui n'avait plus aucun moyen de subsistance. D'autre part, j'étais toujours tourmenté par mes camarades, cela me contrariait beaucoup.

Le dimanche 20 mars je sentais ma tête qui «bouillonnait», je suis sorti après la soupe du soir et j'ai essayé de prendre le train pour me rendre dans mon pays. Je fus arrêté à la gare par les gendarmes et reconduit à la caserne. Le même soir, après être rentré «j'ai sauté le mur» de la caserne puis j'ai rejoint S . . . à pied; là j'ai pu, sans être inquiété, prendre le train pour Paris. Comme je n'avais pas de billet pour Paris, je me suis caché dans un coin où se mettent les serre-freins pour ne pas être inquiété par les contrôleurs.

D. — Qu'avez-vous fait à Paris?

R. — J'y ai travaillé. J'ai rencontré un jour ma sœur, elle m'a demandé ce que je faisais par là; comme je lui disais que j'étais en permission, elle n'a pas voulu me croire et elle me dit qu'elle allait me faire arrêter.

Je suis alors allé voir mes parents, mais je n'ai pas osé entrer dans le village, j'ai vu seulement mon père, puis je suis revenu à Paris. Je suis allé demander l'hospitalité à une tante qui habite A . . .

Un soir me sentant fatigué, j'ai voulu aller me faire porter malade au bureau de la place; en route j'ai fait une crise et c'est alors que l'on m'a transporté à l'hôpital V . . . où j'ai dit quelle était ma situation.

D. — Avez-vous quelque chose à ajouter?

R. — Non! — J'ai bien essayé de rejoindre C . . . où était mon régiment mais à la gare on n'a pas voulu me donner de billet sans titre de permission, j'ai eu peur d'aller me rendre.

D. — Saviez-vous au moment de votre départ à quelle peine vous vous exposiez?

R. — Non.

D. — Saviez-vous à partir de quel moment vous étiez déserteur?

R. — Depuis que j'avais quitté mon corps.

D. — Vous repentez-vous de ce que vous avez fait?

R. — Oui, si je n'avais pas été arrêté pour maladie j'allais me présenter au bureau de la place.

D. — Avez-vous quelque chose à ajouter ?

R. — J'ai parfois des «bouillonnements» dans la tête, c'est ce qui m'a fait partir.

Etat mental.

L'inculpé ne présente-t-il aucune anomalie de l'état mental ? Un interrogatoire minutieux a permis de l'analyser. Nous reproduisons cet interrogatoire et nous dirons ensuite ce que l'on peut en conclure.

D. — Avez-vous été à l'école ?

R. — Oui, mais peu de temps.

D. — Avez-vous votre certificat d'études ?

R. — Non.

D. — Savez-vous lire et écrire ?

R. — Un peu. — Je sais signer mon nom.

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — ? ? ?

D. — Quels sont les mois de l'année ?

R. — (Le malade les nomme mais pas dans l'ordre.)

D. — Savez-vous compter ?

R. — Pas beaucoup.

D. — Comptez à partir de 65.

R. — 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71.

D. — Comptez à partir de 1561.

R. — . . . (hésitation) . . . Je ne sais pas.

D. — A partir de 723.

R. — 723 — 724 (le malade s'embrouille).

D. — Combien font 3 fois 7 ?

R. — ? ? ?

D. — Combien font 11 + 4 ?

R. — . . . . . 14.

D. — Dans votre pays, y a-t-il une rivière ?

R. — Oui . . . l'Oise.

D. — Où va l'Oise ? — Va-t-elle à la mer ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Y a-t-il d'autres rivières en France ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Quel gouvernement avons-nous en France ?

R. — ? ? ?

D. — Avons-nous un roi ou un empereur en France ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Quel est votre métier ?
R. — Charretier.
D. — Quelle est la différence entre un cheval et une jument ?
R. — . . . (le malade sourit).
D. — Pourquoi souriez-vous ?
R. — Parce qu'un cheval et une jument c'est la même chose.
D. — Quelle différence y a-t-il entre un bœuf et un taureau ?
R. — C'est aussi la même chose.
D. — Essayez de répéter après moi les chiffres suivants 1, 7, 3, 5.
R. — . . . 1. 7. . . . 5.
D. — Répétez encore les chiffres 3, 6, 2, 7, 3.
R. — . . . 6 . . .
D. — Ecoutez-moi, je vais vous raconter une bêtise. — (Le malade sourit.) On a trouvé dans une chambre une jeune fille coupée en 17 morceaux, la tête était dans un sac. Le gendarme est venu et a dit qu'il s'agissait probablement d'un suicide, quelle est la bêtise ? . . .
R. — (sourire, recherche profonde, mais aucune réponse).
D. — Je vais vous dire une autre bêtise. — J'ai trois frères, André, Jacques et moi, quelle est la bêtise ?
R. — Je ne vois pas.

6° Conclusions.

Après cet examen, la question se pose pour nous de savoir si nous nous trouvons devant un épileptique, un hystérique ou un débile mental.

a) Est-ce un épileptique ? — Le malade présente de nombreux symptômes de la névrose comitiale mais il n'y a pas perte de la mémoire, le malade conserve en effet le souvenir de tous les événements qui ont accompagné sa désertion.

b) Est-ce un hystérique ? — Il présente bien les stigmates de cette névrose, les crises convulsives ont aussi les caractères de celles de l'hystérie. Cependant la chute est généralement brusque. Les crises surviennent à l'occasion de contrariétés. L'on n'a jamais constaté de morsures de la langue.

c) Est-ce un débile mental ? — Ici nous pouvons dire catégoriquement, oui. L'interrogatoire que nous avons fait subir au malade nous a montré qu'à 20 ans le soldat L . . . n'avait pas plus de raison qu'un enfant de 12 ans : il n'était pas apte à acquérir le jugement et la force de volonté nécessaires pour résister aux impulsions instinctives ; il apprécie le mal qu'il a fait, mais seulement après l'avoir

fait, on peut dire qu'il n'a pas eu l'énergie morale suffisante pour résister à ses entraînements.

De tout ce qui précède nous pouvons donc conclure :

1° L . . . est un hystérique.

2° A l'époque où il a déserté, L . . . n'était pas sous l'influence d'aucune manifestation hystérique qui l'empêchait de savoir ce qu'il faisait, et par conséquent d'en encourir la responsabilité jusqu'à un certain degré.

3 Mais L . . . n'a jamais eu un développement normal des facultés intellectuelles, il est resté un enfant par la raison et par le jugement et nous pensons qu'il y a lieu, du fait que c'est un débile mental, de ne pas le tenir pour responsable de ses actes.

OBSERVATION IV

EPILEPSIE. — DÉSERTION, FAUX, PORT ILLÉGAL D'UNIFORME ET DE DÉCORATIONS

(Rapport médico-légal du Dr Ch. Vallon.)

Je soussigné Dr Ch. Vallon, médecin-chef de service de l'asile clinique (Sainte-Anne), médecin-major de 1re classe, ai été commis en qualité d'expert par le capitaine M . . ., substitut du rapporteur près le 2e conseil de guerre permanent près du gouvernement militaire de Paris, en vertu d'une ordonnance en date du 6 juin 1916 ainsi conçue :

Vu la procédure commencée contre le nommé P . . . 21 ans, inculpé de désertion à l'intérieur, faux, port illégal d'uniforme et de décorations, détenu à la prison militaire de C . . .;

Vu les articles 102 et 86 du Code de justice militaire. Attendu que P . . . a été réformé n° 2 le 9 juin 1914 pour crises nerveuses et se prétend atteint de troubles de la mémoire et de crises épileptiformes susceptibles d'influer sur sa volonté;

Commettons le Dr Vallon à l'effet de procéder à l'examen mental du susnommé et de nous dire dans un rapport écrit :

1° Si L . . . jouit de la plénitude de ses facultés mentales et s'il est responsable de ses actes et à quel degré?

2 S'il est susceptible d'être présenté devant un conseil de réforme?

3° S'il doit être l'objet d'une mesure d'internement.

P . . ., né le 11 mai 1895, a contracté un engagement volontaire pour cinq ans le 3 juin 1913 au titre du 3e régiment de zouaves. Il a fait campagne en Tunisie du 6 juin 1913 au 17 mai 1914. Il a été réformé le 9 juin 1914 par la commission de réforme de V . . . pour crises nerveuses.

Engagé volontaire pour la durée de la guerre, parti aux armées il a reçu le 18 novembre 1914 un éclat d'obus qui lui a fait au bras gauche une plaie superficielle, et il est rentré à son dépôt le 18 décembre.

Reparti aux armées le 28 janvier 1915, il a été blessé le 17 février. Évacué sur R . . . il est resté à l'hôpital jusqu'au 26 juin, époque à laquelle il est rentré à son dépôt. Il présentait une plaie cicatrisée au 3e métacarpien. Le 6 juillet il a été hospitalisé pour impotence fonctionnelle; le 21 septembre il a obtenu un mois de convalescence. Rentré au dépôt le 28 novembre il a été admis à l'hôpital pour adénite inguinale, il en est sorti le 31 décembre et a été conduit au dépôt de convalescents de C . . .

A C . . . il lui a été remis un laissez-passer afin de se rendre librement et individuellement à son dépôt. Il ne s'y est pas présenté et en conséquence a été déclaré déserteur le 3 janvier 1916.

Il a été arrêté seulement le 12 mai 1916 en gare de X . . . par la gendarmerie, après une absence illégale de 135 jours.

Il était vêtu au moment de son arrestation d'une tenue d'adjudant de zouaves, qu'il dit avoir acheté au Temple et sur laquelle il avait arboré la médaille militaire et la croix de guerre.

Il m'a déclaré:

« J'ai été réformé le 9 juin 1914 à V . . . pour crises nerveuses, j'étais tout le temps à l'hôpital. Après avoir quitté l'armée j'ai essayé de travailler, mais à la première crise de nerfs que j'avais le patron me mettait à la porte. Alors quand la guerre est venue je me suis engagé.

« J'ai d'abord été refusé quatre fois au recrutement de N . . .; j'ai fini par me faire affecter en disant que j'avais été réformé pour fièvre typhoïde.

« Mes crises reviennent très irrégulièrement, parfois j'en ai deux à trois dans la même journée, puis je reste quelque temps sans en avoir, parfois deux ou trois mois; j'en ai eu plusieurs en prison.

« Je ne sais pas pourquoi j'ai déserté. Au lieu de me rendre de C . . . au fort de R . . . je suis resté à Paris, je couchais dans les squares et de temps en temps je demandais à coucher dans un hôtel. Je ne mangeais pas tous les jours, parfois deux sous de pain et du fromage.

« Au bout de quelque temps, à une époque que je ne saurais préciser, j'ai quitté Paris et je me suis rendu chez ma mère à C . . . Le lendemain de mon arrivée je suis allé à la gendarmerie et j'ai montré mon espèce de permission. Les gendarmes ont trouvé drôle que j'aie la médaille militaire et la croix de guerre, ils ont écrit à mon dépôt, mais le commandant ne savait pas que j'étais déserteur. Je pensais bien tout de même qu'on m'arrêterait, je ne voulais pas être arrêté à C . . . à cause de ma mère; j'avais l'intention de me rendre à Ch . . . mais un jour que j'étais allé à V . . . dire bonjour à une connaissance, les gendarmes m'ont arrêté.

« J'avais trouvé la permission et la titre de citation, je les ai remplis et alors j'ai mis des croix, je ne sais pas pourquoi, «une idée».»

La lecture des déclarations de P . . . ne donne pas une idée exacte des propos, qui sont décousus, accompagnés d'une mimique qui est celle d'un excité, d'un déséquilibré.

Il était porteur:

1° D'un titre de permission de quinze jours qu'il reconnaît avoir établi lui-même et revêtu du cachet du médecin-chef du dépôt des convalescents de C . . . et d'une signature.

2° D'une note portant citation à l'ordre de l'armée à son nom, et lui attribuant la croix de guerre et la médaille militaire, qu'il reconnaît avoir établi lui-même sur une feuille portant le cachet du commandant d'armes du fort de R . . . et d'une signature.

Il prétend avoir trouvé le titre de permission et la feuille sur laquelle est écrite la citation dans une enveloppe qu'il avait ramassée sur un banc du square X . . . à Paris. Les feuilles d'après lui étaient en blanc, mais portaient les signatures et cachets dont elles sont revêtues.

Aux gendarmes qui l'ont arrêté, P . . . a déclaré: J'ai déserté parce que je voulais savoir si le commandant du fort de R . . . où j'étais faisait bien son service en me faisant rechercher et arrêter.

P . . . avait emporté de l'hôpital une tenue de zouave, il n'a pu représenter aucun de ces effets. Il dit les avoir déposés dans un café à Paris dont il ne se rappelle pas l'adresse.

Devant le capitaine rapporteur, il a déclaré qu'il ne peut se rappeler l'endroit où il a laissé ses effets, c'est qu'il est sujet à des troubles nerveux avec perte complète de la mémoire. C'est parce qu'il n'a pu retrouver la tenue qui lui avait été donnée qu'il en a acheté une autre.

Depuis son arrivée à la prison militaire, P . . . a eu de nombreuses attaques d'épilepsie, si bien qu'il a été proposé pour la réforme par le médecin de la prison. Je l'ai trouvé à l'infirmerie, soumis à une surveillance spéciale; il est un peu excité, parle avec une certaine volubilité et par moment il bafouille complètement. Cependant il comprend les questions qui lui sont posées et y répond d'une façon pertinente.

P . . . a une demi-sœur. Celle-ci nous a déclaré: « Le père de mon frère buvait beaucoup, notre mère est nerveuse, mon frère est très emporté, par moment il ne doit pas avoir la tête à lui. Je ne lui ai jamais vu de crises, mais je sais qu'il en a. Il n'aurait pas dû s'engager de nouveau. Un jour, à une époque que je ne puis préciser, il est venu me voir, il m'a paru bizarre, il avait deux décorations, il m'a dit qu'il les avait gagnées au front ».

En résumé P . . . est un épileptique mal équilibré à l'état permanent et présentant en outre des troubles mentaux à la sortie de ses attaques. Il est impropre au service militaire et, d'autre part, il me paraît difficile de le considérer comme responsable des actes qui lui sont reprochés.

Conclusion :

1° P . . . est atteint de déséquilibration mentale et d'épilepsie avec troubles mentaux consécutifs aux attaques. Dans ces conditions, il ne saurait être considéré comme responsable des actes qui lui sont reprochés.

2° Réformé le 9 juin 1914 pour crises nerveuses, il a contracté un engagement pour la durée de la guerre, mais depuis quelque temps il a de fréquentes attaques d'épilepsie; il doit donc être proposé pour la réforme.

3° Il n'est pas nécessaire de l'interner dans un asile d'aliénés.

CONCLUSION

De cette courte étude il ressort que les données actuelles de la science ne permettent pas toujours de faire un diagnostic précis entre certaines formes de crises convulsives épileptiques et celle de l'hystérie. N'y aurait-il pas lieu de réviser le cadre nosologique de ces deux névroses, qui repose uniquement peut-on dire sur la symptomatologie. C'est une question audacieuse, redoutable, mais nous pensons qu'elle peut être l'occasion de saines réflexions.

Dans la position actuelle de la question, nous pensons qu'il y a lieu de réduire les cas d'épilepsie et nous conclurons:

I. Dans les cas d'épilepsie, bien diagnostiquer si le criminel ou le délinquant a agi sous le coup d'un accès, son irresponsabilité est complète.

II. Dans les cas douteux, soit que le diagnostic n'ait pas été fait d'une façon précise, soit que l'inculpé ait agi en dehors des crises, sa responsabilité est atténuée.

III. Si les épileptiques sont irresponsables, ils n'en sont pas moins dangereux, ils échappent à la prison comme non-coupables et à l'asile comme non-aliénés; ils devraient être soumis à un régime particulier plus ou moins prolongé: celui de l'asile-prison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Amséric. — La responsabilité chez les dégénérés. *Thèse de Toulouse*, 1896.

Baillarger. — De la responsabilité des épileptiques. *Union Médicale*, 1861.

Ballet. — L'expertise médico-légale et la question de responsabilité, 1907.

Battini. — Contribution à l'étude de l'hystéro-épilepsie. *Thèse de Montpellier*, 1919.

Bérard. — L'hystérie simulant l'épilepsie. *Thèse de Toulouse*, 1896.

Binet. — *Revue neurologique*, 1911.

Charcot. — Maladies du système nerveux.

Chavigny. — Psychiâtrie aux armées. *Paris médical*, 1915. — Les maladies méconnues. *Paris médical*, 1910.

Ducosté. — De l'épilepsie consciente et mnésique. *Thèse de Bordeaux*, 1899.

Falret. — Etat mental des épileptiques.

Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, 1890.

Gélineau. — Traité des épilepsies, 1901.

Guyot. — Variation de l'état mental et responsabilité. *Thèse de Bordeaux*, 1896.

Haushalter. — Du délire des épileptiques. *Thèse de Strasbourg*, 1853.

Legrand du Saulle. — Médecine légale.

Leleu. — L'épileptique devant les tribunaux. *Thèse de Lille*, 1894.

Morel. — Traité des maladies mentales.

Motet. — Discussion sur les épileptiques. *Annales d'hygiène et de médecine légale.*

Noguès. — Hystérie à forme d'épilepsie partielle, 1892.

Régis. — Précis de psychiâtrie, 1914. Discussion sur le rôle de l'émotion. *Revue neurologique.* Décembre 1919.

Thoinot. — Médecine légale.

Vibert. — Traité de médecine légale, 1921.

Vigouroux. — Les criminels et les délinquants à responsabilité atténuée, 1913.

Vires. — Traité des maladies nerveuses, 1914.